



DOSSIER

Samen Beslissen

Samen beslissen: dat vindt elke medisch specialist belangrijk en misschien ook wel vanzelfsprekend. Uit onderzoek blijkt dat het leidt tot kwalitatief betere zorg, maar ook dat medisch specialisten de mate waarin zij daadwerkelijk met de patiënt samen beslissen overschatten. Maar wat is dan samen beslissen met je patiënt? En hoe doe je het goed? De praktijk is zoals zo vaak weerbarstiger dan we denken. Er is geen one fits all-aanpak, maar het start met aandacht en een open houding.

TEKST FRED HERMSEN, MALOU VAN HINTHUM
CAMPAGNEBEELD KESSELSKRAMER/ROBIN DE PUY

SAMEN BESLISSEN: VERDER
KIJKEN DAN DE ZIEKTE

‘Wie samen beslissen serieus neemt, zal een andere koers moeten varen’

Samen beslissen staat bovenaan ieders lijstje, maar dat zegt helaas weinig over de praktijk. 5 ingrediënten (+1) die je ervoor nodig hebt, in de ogen van ‘meesterkok’ Prabath Nanayakkara, die er onderzoek naar doet.



Geen enkele medisch specialist wil slechte zorg leveren', zegt Prabath Nanayakkara, hoogleraar acute interne geneeskunde en hoofd van de sectie algemene interne geneeskunde (Amsterdam UMC), met klem. 'Dat dingen beter kunnen, betekent niet dat artsen niet beter zouden willen.'

Tallose onderzoeken laten zien dat patiënten moeite hebben met de manier waarop dokters met hen communiceren, weet Nanayakkara. 'Toch hebben patiënten wel grote waardering voor de inbreng van artsen en verpleegkundigen. We moeten de patiënten dus beter bij het beslissingsproces betrekken. Tegelijk krijgen wij geen kijk- en luistergeld. Zorgverzekeraars willen dat wij productie draaien, en sturen op efficiëntie. Dan krijg je ogenscheinlijk vreemde mechanismen: het kost minder tijd en levert financieel meer op om bijvoorbeeld een overbodige MRI-scan te maken, dan om patiënten uit te leggen waarom die bij bepaalde klachten, zoals rugpijn onnodig is. Dus in plaats van te praten, sturen in mijn ogen artsen patiënten te vaak richting MRI.'

In de hoofden van patiënten

Maar wie 'samen beslissen' serieus neemt, zal een andere koers moeten varen. En samen beslissen móét je als arts wel belangrijk

'Wat wij meestal heel leuk vinden, is een geweldige diagnose stellen'

vinden, want dat - zo wijst onderzoek uit - levert kwalitatief betere zorg op. Ook Nanayakkara raakte daarvan overtuigd toen hij participeerde in een internationaal slaaponderzoek bij ziekenhuispatiënten in zes landen. 'Wij vroegen patiënten hoe goed ze sliepen. Nou, slecht. Ze moesten bijvoorbeeld 's nachts veel vaker dan thuis naar de wc. Oorzaak: thuis dronken ze niets meer na tien uur 's avonds, maar in het ziekenhuis hingen ze 24 uur per dag aan het infuus. Was dat altijd nodig? Nou, nee.' Daarbij stuitte hij ook op iets anders. Het verraste hem dat mensen 's nachts niet zozeer piekerden over hun ziekte, maar over hun thuissituatie: Redt mijn partner het wel alleen? Nanayakkara: 'En hoezeer dat ook speelde in de hoofden van patiënten, over zulke dingen praten we bijna nooit tijdens onze dagelijkse visites. Die gesprekken gaan voornamelijk over zuiver medische zaken.' Maar, stelt de hoogleraar:

1. Een arts behandelt niet een ziekte, maar een mens

'Wat wij meestal heel leuk vinden, is een geweldige diagnose stellen. Liefst een zeldzame. Dokters doen ook vaak wetenschappelijk onderzoek naar wat dokters belangrijk en interessant vinden. Maar levert het de patiënten ook wat op? Tegenwoordig vraagt het British Medical Journal of er patiënten betrokken waren bij de opzet van het onderzoek en bij de vraagstelling. Dat vind ik heel goed, want door met patiënten in gesprek te gaan, krijg je nieuwe inzichten. Zo zijn er tallose indicatoren ontwikkeld om te bepalen of een patiënt na een klinische opname naar huis kan, maar een van de beste indicatoren blijkt het gevoel van de patiënt zelf.'

2. Vind tijd voor je patiënt, dat wil je ook als je er zelf een bent

Een specifiek type patiënt, artsen die ook patiënt zijn (geweest), viel iets op dat samen beslissen in de weg zit: dokters zijn maar heel kort bij hun patiënten. Nanayakkara: 'Wij zien patiënten op de poli langer - vijftien minuten - dan degenen die zijn opgenomen.' Dokters zouden meer tijd in hun patiënten moeten steken, vindt hij. 'Voor huisartsen is dat misschien soms lastig door de drukte, maar medisch specialisten en ook jonge artsen moeten daarvoor tijd vrijmaken, ook in acute situaties. Tv-series suggereren bijvoorbeeld dat seh-artsen doorlopend onmiddellijk beslissingen moeten nemen, maar in de praktijk is er voldoende tijd om met patiënten te overleggen. Slechts bij circa zes procent van de seh-patiënten telt iedere seconde.'

3. Stap af van je stokpaardje en vraag wat de patiënt belangrijk vindt

Artsen zijn gek op cijfertjes. Nanayakkara: 'Een hele poos geleden nodigden we bij de overdracht een gast uit, een huisarts-filosoof. We wilden graag indruk op hem maken en gaven een fantastische, cijfermatige medische

onderbouwing van een patiëntprobleem. We waren er allemaal reuze tevreden over. En toen vroeg hij: "Wat vond de patiënt ervan?" We stonden met onze mond vol tanden.' Artsen moeten patiënten twee vragen stellen, zegt Nanayakkara, inmiddels wijzer geworden. 'Wat vind je het belangrijkste? Dat is vrijwel altijd: beter worden, de diagnose kennen, en naar huis gaan. De tweede vraag zou moeten zijn: Waarom vind je dat zo belangrijk? Daar krijg je heel persoonlijke, individueel uiteenlopende antwoorden op. Die gaan dan over relaties en psychologisch welbevinden. En vergis je niet: patiënten die moeite hebben met lezen en schrijven, zijn geen domme patiënten. Zij kunnen even goed vertellen wat voor hen belangrijk is.'

4. Vraag patiënten wat hen bezighoudt en waarom

Dokters willen ziektes aanpakken. Maar bij patiënten spelen vaak andere overwegingen een rol om een behandeling wel of niet te willen. 'Je moet daarom in alle beslissingen het patiëntperspectief meewegen,' zegt Nanayakkara. 'Er wordt veel gemopperd op de alternatieve geneeskunde, maar wat we daarvan kunnen leren, is échte aandacht geven. We leggen doorgaans de nadruk op biologische verklaringen van ziekten en staan meteen met hoogtechnologische oplossingen klaar. Maar geneeskunde is meer dan dat.

Aandacht mag dan geen evidence based medicine zijn, het werkt wel.' Aandacht kan ook betekenen: het verzoek van de patiënt honoreren om als dokter het

besluit te nemen. Nanayakkara: 'Je ziet dat met name patiënten met een niet-westerse achtergrond vaak weinig kunnen met de vraag "wat vindt u er zelf van?". Zij zeggen meestal: "U bent de dokter, zegt u het maar." En dat is ook prima, als een dokter maar echt empathisch is.'

5. Zorg ervoor dat een patiënt zich echt gehoord en gezien voelt

'De dokter heeft medische kennis, maar de patiënt leidt zijn/haar leven. Het is niet toevallig dat samen beslissen in de oncologie en in de palliatieve zorg verder is gevorderd dan in de rest van de geneeskunde', denkt Nanayakkara. 'Ook in die disciplines willen de medisch specialisten goede scores en schone scans, maar de patiënt wil ook een zo goed mogelijk leven leiden. Daar gaan gesprekken dan ook relatief vaak over.' Zijn advies: Ga dus vaker náást een patiënt zitten, hou op met somatiseren en met vragenlijsten afwerken, en stel letterlijk deze vraag om samen tot een goede beslissing te kunnen komen:

6. Wat verwacht je van mij, en wat wil je van het leven?

‘Samen beslissen is een houding, geen kunstje’

‘Tijdens mijn promotieonderzoek observeerde ik veel consulten, en zag ik dat geriaters benadrukten dat ze altijd al aan samen beslissen deden, vaak ongestructureerd van links naar rechts schoten als het ging om het maken van keuzes. Ze begonnen hun gesprek met ‘En, wat scheelt eraan?’ en benadrukten later van de ene optie alleen de voordelen, van de andere de nadelen. Hoe meelevend ook, de focus lag op het medische, en ze stuurden met hun kennis.

De multiproblematiek van oudere patiënten voedt de reflex van artsen om in de oplossingsmodus te schieten, vanuit de overtuiging dat een probleem altijd om actie vraagt. Maar als je probeert alle medische problemen geïsoleerd op te lossen, stapelt de behandellast van de patiënt zich op. Die is dan de hele dag bezig met medicijnen en leefstijladviezen, inclusief de bijbehorende frustraties. Terwijl de kans groot is dat die oudere al accepteert dat veel zaken onoplosbaar zijn. Beter is het om te bespreken wat belangrijk is voor iemand, en je behandelopties daarop te richten. De vraag “Wat is uw doel?” past niet altijd bij de beleving van ouderen. Waar je ze wel op kunt bevragen is hun hoop om iets te kunnen blijven doen, zaken waar ze geluk uit halen, die hun dag kleur geven. Daarop zouden de verschillende behandelopties gericht moeten zijn. Deze insteek verhoogt ook bewezen de therapietrouw. Samen beslissen start dan ook met de vraag: hoe ervaart u uw eigen gezondheid? Om door

te schakelen naar: wat is belangrijk voor u, waar hoopt u op? Daarmee leg je een basis om samen prioriteiten te stellen, gericht op wat nog wél kan. Je zou ook rekening moeten houden met persoonsgebonden factoren – denk aan leeftijd, opleiding, gezondheidsvaardigheden en angst – maar we weten nog niet goed hoe die factoren zich verhouden tot samen beslissen; nieuw onderzoek zou daarop gericht moeten zijn.

Ik hoor wel eens dat het onethisch zou zijn om patiënten te laten beslissen over gespecialiseerde medische zaken. Maar zodra je de resultaten voor de patiënt vooropstelt, ontdek je dat samen beslissen niet gaat over medische complexiteit, maar over het meewegen van het perspectief van de patiënt, zodat aan het eind van ieder gesprek je eigen waardevolle

medische kennis in balans is gebracht met diens leven. Dat vergt ook inzet van de patiënt. Geriaters gebruiken daarvoor PROMS, geven die vaak als huiswerk mee, waarmee ze ook de gesprekken thuis op gang helpen. Gaandeweg ontdekte ik dat veel van deze inzichten opgaan voor alle patiënten met multiproblematiek. En dat samen beslissen een houding is, geen kunstje.

Het vergt intensieve en regelmatige training. Alleen daarmee voorkom je terugval in je oude gespreksstijl.’



Ruth Pel, senior onderzoeker bij Vilans, promoveerde in 2020 op het proefschrift *Shifting from ‘What is the matter?’ to ‘What matters to you?’*

Patiënt en haar medisch specialist over samen beslissen:

‘Samen Beslissen gaat verder dan de spreekkamer’

De 29-jarige Jill Erens heeft al heel wat medisch specialisten bezocht als ze twee jaar geleden orthopedisch chirurg Tim Boymans in het Maastricht Universitair Medisch Centrum ontmoet. In hem vindt Jill de arts die duurzaam perspectief biedt. Samen Beslissen gaat voor hen ook over een klik, en daar kunnen beide partijen aan werken.

Jill: ‘Ik voetbalde fanatiek toen ik op vijftienjarige leeftijd last van mijn meniscus kreeg. Het was de start van heel wat operaties en behandelingen, tot in Gent aan toe. Een donormeniscus in 2013 kon niet verhinderen dat het kraakbeen verminderde, en inmiddels is dat uitgedraaid op artrose. Mijn dagen wisselen, maar het gaat steeds lastiger om mijn knie actief te strekken als ik loop.’

Tim: ‘Een jong mens met een oude knie, daar kan ik niet veel aan veranderen. De plaatsing van een kunstknie zou ik zo lang mogelijk willen uitstellen. Die gaat gemiddeld maar vijftien jaar mee op die leeftijd. Standcorrectie van het been is een alternatief, maar niets doen is ook een optie. Ik zie het als mijn taak zo onbevangen mogelijk mijn kennis en expertise te delen. We kijken samen



Jill: ‘Ik breng voorafgaand aan ieder consult goed in kaart waar ik sta, wat mijn prioriteiten zijn, hoe mijn leven verloopt. Die voorbereiding helpt bij de beoordeling van de medische opties.’

wat het best in haar leven past.’

Jill: ‘Wat je wel en niet doet hangt af van de fase waarin je verkeert. Ik zoek een nieuwe baan, dan komt een operatie met een revalidatietraject niet uit. Tim begrijpt dat.’

Tim: ‘Kijk je puur vanuit de medische kant, dan kan zo’n persoonlijke omstandigheid soms lastig zijn. Stel dat je iemand met acute problemen belt met het aanbod om een vrijgekomen operatieplek in te nemen, en je hoort: “Mijn hond is ziek, het kan nu echt niet.” Toegegeven, dat kan tot een verzuchting leiden, maar ik vind dat je daar echt begrip voor moet hebben en dat begint bij het eerste consult. Je kunt niet zeggen: “Voor de “softe zaken” moet je bij een verpleegkundige zijn. Dan luister je maar half en kan er geen sprake zijn van samen beslissen.’

Jill: ‘Iedere keuze heeft met je lichaam en je leven te maken. Ik twijfel praktisch ieder dag over de mogelijke opties, maar ik zal nooit tegen Tim zeggen: “Bepaal jij het maar”. Die verantwoordelijkheid ligt bij mij. Ik breng voorafgaand aan ieder consult goed in kaart waar ik sta, wat mijn prioriteiten

zijn, hoe mijn leven verloopt en wat daarin veranderd is sinds ons vorige gesprek. Die voorbereiding helpt bij de beoordeling van de medische opties.’

Tim: ‘Toch leggen patiënten soms maar al te graag de keuze bij mij neer. Begrijp me goed, als je daar overeenstemming over bereikt is ook dat een vorm van samen beslissen. “Ik begrijp dat u niet alle opties wilt kennen? Zal ik dan een selectie maken van twee mogelijkheden die mij het beste lijken?” Je helpt dan door te trechteren.’

Jill: ‘Ik neem mijn moeder vaak mee, ze is fysiotherapeut. Samen weet en onthoud je meer. Soms komt iemand anders mee. Zo wordt mijn situatie tastbaar en bespreekbaar met steeds meer mensen om me heen.’



Tim: 'Ik laat diegene actief meekijken terwijl ik het gewricht onderzoek. Ik wijs dan op de bijzonderheden en licht mijn differentiaaldiagnoses toe. De tweede persoon voelt zich dan onderdeel van de diagnosestelling en gaat meedenken. En als patiënten minder proactief zijn dan Jill, en alleen komen? Dan loop ik samen met hen vaak een uitdraai van consultkaart.nl door. Ik vraag

ze samen te vatten wat ze van me gehoord hebben en krijg zo een beeld van hoe de ander denkt. Daar stem ik dan mijn stijl van communiceren op af. Hoe dan ook geef ik hen huiswerk mee: "Ken je iemand met een knieprothese, ga dan een keer op bezoek en breng daar bij het volgende consult verslag van uit."

Jill: 'Er is ook zo iets als een klik.'

Tim: 'Ja, en je moet dat erkennen als arts. Samen met je team kun je bekijken wie het best bij de patiënt past als er meerdere consulten nodig zijn. Je moet een patiënt ook uit handen kunnen geven.'

Jill: 'Toch is ook zo'n klik iets waar je aan kunt werken. Ik heb ooit een vader en zoon als behandelend arts gehad. De vader nam de tijd en leefde zich goed in, de zoon was al wat minder betrokken en van de coassistenten kreeg ik een standaardriedeltje over wat het zou kunnen zijn, vermoedelijk direct uit een studieboek overgenomen. Terwijl duidelijk was dat mijn probleem niet in een standaardcategorie paste.'

Tim: 'Ik begrijp best dat je in bepaalde fases van je carrière meer druk ervaart en een vollere agenda hebt. En dat het lastig is om in een tien-minutengesprek de diepte in te gaan. Maar als je slecht voorbereid en onpersoonlijk in de spreekkamer zit, dan krijg je sowieso het dossier nooit compleet. De patiënt sluit zich af. Gaat er dan vervolgens iets mis in het proces, dan ligt zo een klacht op de loer en komt niemand een steek verder. Ik heb als arts een emotionele bankrekening bij mijn patiënt. Staat die flink in de plus, dan kun je je ook een foutje veroorloven zonder dat je in een negatieve en gespannen sfeer terecht komt. Een goede ambiance leidt tot betere kwaliteit van zorg.'

Jill: 'Tim en ik bespreken niet enkel de beper-

Tim: 'Ik heb als arts een emotionele bankrekening bij mijn patiënt'

kingen, maar ook altijd wat wél kan. Dat werkt motiverend, ook als er lastige beslissingen genomen moeten worden.'

Tim: 'Het is een balans van objectiviteit en eerlijkheid enerzijds, en empathie en luisteren aan de andere kant. Soms moet je alles uit de kast halen. Zo is een 45-jarige met overgewicht bijvoorbeeld doorgaans niet geholpen met een prothese. Die

moet vooral eerst afvallen. Je kunt dan beter niet zeggen: "Je bent te dik en je moet eerst afvallen." Dat weet de patiënt allang en zet de boel vast. Het gaat dan om die mix: "He, ik zie dat je ook overgewicht hebt, het lijkt me best lastig als je dan ook nog eens last van je knie hebt." Meestal worden de ogen dan nat, en kun je zo'n patiënt voorzichtig naar het volgende station proberen te helpen.'

Jill: 'Het gaat dus bijna nooit alleen over die ene aandoening. Je ziet dat ook in mijn situatie. Samen beslissen betekent meestal dat je meerdere expertises moet combineren.'

Tim: 'Medisch specialisten zijn na een tien-minutengesprek te snel geneigd een patiënt terug te sturen naar de huisarts als het voorbij de eigen expertise gaat. Die is immers de generalist.'

Jill: 'Het gaat om de knie, maar ook over artrose. En daardoor over een variatie van zaken waaraan je aandacht moet geven: dieet, je slaappatroon, zooltjes... Ik zie -nu ik in een meedenkgroep van artrosepatiënten zit- hoe complex dat is, en afhankelijk van nieuw onderzoek en innovaties. Het kan voor een huisarts lastig zijn om dan goed te kunnen doorverwijzen.'

Tim: 'Wat Jill aangeeft, klopt. Ook van ons mag je dus een holistische blik verwachten, net als teamwork en een helder aanspreekpunt zijn voor de patiënt. Allemaal zaken die van invloed zijn op het samen beslissen. Het gaat dus verder dan je eigen spreekkamer. Ik begrijp dat dat best een uitdaging is nu specialisten steeds specialistischer worden. In Maastricht zijn we ons daarvan zeer bewust als orthopeden, reumatologen, revalidatieartsen, huisartsen en fysiotherapeuten. We hebben daarom Beweeghuis.nl opgezet, waarin we elkaar goed weten te vinden.'

46%

van de zorgverleners zegt dat zij met de patiënt samen de beslissing nemen.

37%

van de patiënten ervaart dit ook zo.

1 op de 5

patiënten geeft aan gesprekken met een zorgverlener niet voor te bereiden.

1/4

van alle patiënten, vaak mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, vindt samen beslissen lastig.

7 van de 10

zorgverleners maken een voorselectie van behandel mogelijkheden.

Bron: Kantar Public 2020



Voor de camera

Neuroloog Mirjam van Kesteren en uroloog Peter Ausems lieten een aantal consulten op video vastleggen en analyseren door onderzoekers. Heeft het hun invulling van samen beslissen beïnvloed?

Uroloog Peter Ausems (Reinier de Graaf) deed mee aan een video-training met een acteur.

'Vanuit het landelijke programma Beslist Samen! deed ons hele team Prostaatzorg in 2018 mee aan deze scholing. Iedereen oefende met een deel van het consult. De acteur gaf direct aan hoe hij zich daarbij had gevoeld.'

Het begon lacherig.

'Het was voor iedereen wennen, ja. Het was ook wat kunstmatig en een-dimensionaal. De werkelijkheid is te gelaagd voor alleen een training



met een acteur. Toch ga je wel met de billen bloot en toon je je automatismen, dat is leerzame gespreksstof. En de later gemaakte opnamen van echte consulten hielpen om onze gesprekstechnieken nog verder te verbeteren.'

Toetsen bij de patiënt

'Ik heb de opname niet teruggezien, de terugkoppeling vond ik al goed en bruikbaar, maar in de toekomst wil ik de opnamen ook terugzien. Mijn verbeterpunt was de toetsing: begrijpt de patiënt de informatie en heb ik de voorkeuren en overwegingen van de patiënt helder? Hiermee ben ik aan de slag gegaan. Ook ben ik mijn consulten beter gaan structureren, afgestemd op

het type patiënt. Daarnaast gebruiken we een digitale prostaat-keuzehulp.'

Van medische opties naar de keuze door de patiënt.

'Die overgang vind ik lastig. De rollen draaien dan om en mensen schieten soms in de defensie: "Kiest u maar." Ik zeg dan: 'Vanuit medisch oogpunt zijn beide opties gelijkwaardig, maar ik sta er mogelijk anders in dan u, laten we dat onderzoeken.'

Samen beslissen eindigt met een evaluatie, dat gebeurt nog onvoldoende.

'Patiënten zijn soms achteraf niet gelukkig over hun keuze. Ik bedoel niet alleen door onvoorziene last van bij- of nawerkingen, maar ook door hun beleving van de gevolgde stappen. Daarvan kunnen wij leren.'

Campagne Samen Beslissen



Van september 2021 tot en met december 2022 is een nieuwe campagne over samen beslissen in de zorg te zien. Gelanceerd vanuit de medisch-specialistische zorg, de huisartsenzorg, de paramedische zorg, de wijkverpleging en de patiëntenorganisaties. De campagne richt zich zowel op de patiënt als de zorgverlener. De Federatie Medisch Specialisten is partner van de campagne. Kijk voor tips, ervaringen en meer op: begineengoedgesprek.nl.



Neuroloog Mirjam van Kesteren (Isala) heeft net een slechtnieuws-gesprek achter de rug.

'Ik heb de inzichten uit de videobegeleiding die ik heb gehad zeker gebruikt, ja.'

Niets doen is ook een optie.

'Dat is de grote verrijking van mijn repertoire. Je kunt opereren, medicijnen en oefeningen geven of niets doen. Voorzichtig aan voorleggen, want mensen kunnen er boos op reageren. Niet de mevrouw van zojuist overigens, het gaf haar rust.'

Isala deed onderzoek naar samen beslissen met veertig medisch specialisten.

'De meerderheid gaf aan al aan samen beslissen te doen, maar uit de vooraf inge-

vulde vragenlijst kwam naar voren dat het een minderheid was.'

Twee dagdelen zijn ze bij hun consulten gefilmd.

'We kregen feedback van de onderzoeker en twee gefilmde consulten heb ik teruggezien. Ik vond mezelf goed luisterend, lief en meelevend, maar ook te breedspakig. En de patiënt maar braaf knikken. Dat ik dat leerpunt na een carrière van meer dan veertien jaar als neuroloog mag ontdekken, voelt goed.'

Niet breedspakig zijn dus, maar gelukkig kun je desgewenst meer tijd nemen

'Ik werk veel met Parkinsonpatiënten.



Samen beslissen gaat langs de lijnen van een gespreksstructuur. Het nemen van een behandelbeslissing en doorvragen naar hun leven kan theoretisch gesproken in één consult als je die aangereikte structuur aanhoudt. Maar je kunt die structuur ook over meerdere gesprekken uitspreiden. Je vragen roepen vaak de behoefte aan meer informatie op, die geef ik dan mee als huiswerk. Het helpt als ook de huisarts en verpleegkundigen aspecten voor hun rekening nemen. Samen beslissen gaat dus niet altijd alleen over de patiënt en mij.'

Nog meer feedback.

'Ik zou meer training willen krijgen, en ben wel eens aangeschoven bij een collega, om te kijken hoe de keuze bij haar tot stand kwam. Heel leerzaam voor beiden.'